

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Контроль якості медичної допомоги на рівні
закладу охорони здоров'я**

(Методичні рекомендації)

Ужгород, 2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Контроль якості медичної допомоги на рівні
закладу охорони здоров'я
(Методичні рекомендації)**

Ужгород, 2014

Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.
Методичні рекомендації. Ужгород, 2014. – 48 с.

Організація розробник:

Ужгородський національний університет

Автори: Рогач І.М., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю.,
Качур О.Ю., Картавцев Р.Л.

Рецензент:

Любінець О.В – завідувач кафедри організації і управління охороною
здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету
ім. Д. Галицького, доктор медичних наук, професор.

Рекомендовано рішенням проблемної комісії МОЗ та НАМН України
за спеціальністю «Соціальна медицина». Протокол від 25.09.2014 року
№5/2014

Розраховано на керівників закладів охорони здоров'я та завідувачів
структурних підрозділів закладів охорони здоров'я.

Зміст

Перелік умовних скорочень	
Вступ	
Термінологія	
Організація контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів	
Організація внутрішнього клінічного аудиту як сучасної форми контролю якості медичної допомоги	
Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги	
Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги	
Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги	
Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги	
Індикатори результату якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги	
Індикатори результату якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги	
Приклади розрахунку окремих показників при проведенні аналізу якості медичної допомоги	
Методика визначення інтегрального коефіцієнта ефективності медичної допомоги	
Висновки	
Додатки	
Список літератури	

Перелік умовних скорочень

- БПЯМД – безперервне покращення якості медичної допомоги
- ВА – внутрішній аудит
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- Кв – коефіцієнт співвідношення витрат – відношення нормативних витрат до фактичних витрат в оцінюваних випадках надання медичної допомоги.
- Км – коефіцієнт медичної ефективності – відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків;
- Кс – коефіцієнт соціальної ефективності – відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти;
- ЛЗП-СЛ – лікар загальної практики-сімейний лікар
- ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
- МКХ-10 - міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду
- ПМСД- первинна медико-санітарна допомога
- СА- сімейна амбулаторія
- УЯМД – управління якістю медичної допомоги
- ЯМД – якість медичної допомоги

Вступ

Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення (пацієнтів) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період.

Під якістю слід розуміти оцінку медичного обслуговування та її ефективність стосовно певного випадку захворювання з урахуванням запобігання ризику його подальшого розвитку; професійні знання і наукові досягнення забезпечують оптимальні клінічні, функціональні і психологічні результати, тобто під якістю в широкому понятті розуміють її оцінку і забезпечення (М.М. Веренцов, Н.В.Чепурненко, 1986).

За визначенням В.Ф.Чепцова (2000), якість медичної допомоги як об'єкт управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто його спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати

Ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою.

За рекомендаціями ВООЗ, при взаємодії лікаря і пацієнта потрібно враховувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

Виходячи з цього при проведенні оцінки якості медичної допомоги рекомендується використовувати підхід, рекомендований Donabedian A., за яким характеризуються структура, процес і результат якості організації та надання медичної допомоги.

При цьому оцінка якості медичної допомоги проводиться по відношенню: до конкретного пацієнта; до групи пацієнтів визначених одним нозологічним захворюванням, класом захворювання чи станом, а також іншими чинниками (час та день тижня госпіталізації в стаціонар; сільська чи міська місцевість проживання; спосіб доставки на госпіталізацію тощо); до конкретного лікаря, структурного підрозділу та ЗОЗ в цілому.

Термінологія

Використання ліжкового фонду – відношення кількості проведених у лікарні ліжок - днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок. Добуток цієї величини на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність;

Внутрішній аудит, за визначенням у Міжнародних стандартах контролю якості, аудиту, огляду, іншого надання впевненості та супутніх послуг, – це оцінювальна діяльність служби, створеної суб'єктом господарювання.

Забезпеченість ліжками – кількість ліжок на 10000 населення;

Забезпечення якості – це систематичний підхід до трансформації управління організацією у відповідності зі змінами, що відбуваються, поточною робочою атмосферою і напруженістю, що викликана змінами.

Зайнятість лікарняного ліжка – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Обчислюється, в цілому, по стаціонарах та окремих відділеннях як відношення ліжок – днів, проведених хворими у стаціонарі протягом року, до середньої кількості ліжок;

Летальність – обчислюється як відношення кількості померлих у стаціонарі за звітний період до кількості вибулих (виписаних та померлих) за цей період.

Модель кінцевих результатів (МКР) - це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу.

Оборот лікарняного ліжка – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні;

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги та ін.). ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Рівень госпіталізації – кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 10000 населення;

Середня тривалість перебування хворого на ліжку – обчислюється як відношення кількості проведених хворими ліжок – днів до кількості вибулих хворих (виписаних та померлих);

Складові якості медичної допомоги (за рекомендаціями ВООЗ):

▶ **Технологічне виконання:** ступінь виконання персоналом і закладом технічних вимог якості (дотримання стандартів).

▶ **Результативність послуг:** ступінь досягнення бажаного результату.

▶ **Ефективність послуг:** співвідношення результатів послуг до витрат на їх надання.

▶ **Безпека:** ступінь мінімізації ризиків травм, інфікування або побічної дії втручань.

▶ **Доступність послуг:** ступінь відсутності для медичних послуг географічних, економічних, соціальних, організаційних чи мовних бар'єрів.

▶ **Міжособисті відносини:** наявність довіри, поваги, конфіденційності, співчуття, вміння слухати і розуміти один одного між надавачом послуг і їх споживачем.

▶ **Безперервність послуг:** надання послуг одним і тим самим надавачом протягом всього курсу лікування (спостереження) або адекватний і своєчасний зв'язок між надавачами послуг.

▶ **Інфраструктура та комфорт:** зовнішній вигляд медичного закладу, чистота, комфорт, приватність та інші аспекти, важливі для пацієнтів.

▶ **Вибір:** можливість вибору споживачем надавача послуги, страхового плану або способу лікування;

Складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки:

- **якість структури**, тобто умови надання медичної допомоги;

- **якість процесу**, при оцінці якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів, стосовно конкретного хворого;

- **якість результату** - коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів. До останніх результатів відносять динаміку стану здоров'я пацієнта, результати лікування всіх хворих за звітний період, окремі показники стану здоров'я населення певної території.

Стандарти медичних технологій – це гарантований хворому перелік діагностично – лікувальних процедур і рівень вимог до якості їх і результату лікування.

Управління якістю медичної допомоги - систематичний, незалежний і задокументований процес безперервних, взаємопов'язаних дій, що включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит своєї діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків у своїй діяльності на рівні організації охорони здоров'я.

Якість медичної допомоги – надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Якість медичної допомоги – це відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів.

Організація контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів

З метою забезпечення контролю якості медичної допомоги головним лікарем закладу охорони здоров'я розробляється та затверджується на рівні ЗОЗ безперервна система контролю якості медичної допомоги, яка затверджується наказом по закладу охорони здоров'я. Типовий проект наказу представлено в додатку 1.

В закладі охорони здоров'я, наказом головного лікаря створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних. Щоб залучити лікарів до активної роботи у комісії, необхідно переконати їх в тому, що це орган, покликаний об'єднати зусилля всіх лікарів у підвищенні якості медичної допомоги шляхом спільного пошуку шляхів усунення дефектів при наданні медичної допомоги, а не для критики або покарання окремих осіб.

Відповідальним в ЗОЗ за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в являється заступник головного лікаря з медичної роботи. При цьому роботу молодшого медичного персоналу з вищою освітою за забезпеченню якості медичної допомоги організовую заступник головного лікаря з медсестринства (головна медична сестра). На рівні структурного підрозділу ЗОЗ роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в цілому організовую завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освітою - старша медична сестра. Даний розділ роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією. В перспективні та поточні плани роботи як ЗОЗ та і його

структурних підрозділів включаються розділи з забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам. Контроль якості медичної допомоги є важливою складовою комплексного процесу забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам на всіх етапах та рівнях її надання.

На рівні закладу охорони здоров'я **в умовах державної системи охорони здоров'я існують наступні ступені контролю якості медичної допомоги:**

- **перший ступінь контролю** - завідуючий структурним підрозділом поліклініки чи стаціонару оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем пацієнтам, які закінчили лікування в поліклініці (не менше 30 % хворих) і в стаціонарі (усіх хворих).

- **другий ступінь контролю** - заступники головного лікаря лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, *проводять щоденно* експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі.

- **третій ступінь контролю** - експертна комісія ЛПЗ оцінює якість роботи підрозділів *щомісячно*.

Наступні ступені контролю якості медичної допомоги на рівні ЗОЗ здійснюють спеціалісти (спеціальні комісії) територіальних та регіональних органів управління охороною здоров'я:

- **четвертий ступінь контролю** - експертна комісія при міському відділі (управлінні) охорони здоров'я (чи при ТМО) оцінює якість діяльності кожного ЛПЗ *щоквартально*.

- **п'ятий ступінь контролю** - експертна комісія при обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЛПЗ *щоквартально*.

Якщо медична допомога надається на засадах медичного страхування, його доцільно проводити за триступеневою схемою.

На **I ступені** внутрішньовідомча оцінка діяльності ЛПЗ проводиться експертною комісією відповідних органів охорони здоров'я.

На **II ступені** експертна комісія страхової медичної організації проводить позавідомчий контроль.

На **III ступені** контроль здійснює незалежна експертна комісія у випадку виникнення конфліктів.

Для аналізу та оцінки якості лікувально-профілактичної допомоги застосовують клінічні протоколи/ стандарти медичних технологій.

Організація внутрішнього клінічного аудиту як сучасної форми контролю якості медичної допомоги

Міжнародні стандарти контролю якості визначають ВА як «оцінювальну діяльність служби, створеної суб'єктом господарювання». ВА є джерелом інформації, що допомагає організаторам охорони здоров'я об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та приймати управлінські рішення.

Метою ВА надання медичної допомоги є забезпечення необхідною інформацією менеджменту закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями ВА є:

- виявлення проблеми надання медичної допомоги;
- визначення мети і розроблення стандартів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- виявлення причин низької якості медичного обслуговування;
- розроблення заходів для покращення якості та їх впровадження;
- оцінка якості медичної допомоги після впровадження заходів, розроблених у процесі ВА.

Принципи аудиту:

1) достовірність. Для забезпечення достовірності аудит проводиться працівниками, які безпосередньо не зацікавлені в тому чи іншому результаті аудиту;

2) «було тільки те, що написано» («книги не врут») – те, що не записано в медичних документах, вважається невиконаним [11];

3) конфіденційність і анонімність. Аналіз даних аудиту здійснюється конфіденційно і анонімно як щодо пацієнтів, так і медичних працівників. Результат аудиту не повинен бути покаранням або привести до скарг/позовів з боку пацієнтів;

4) об'єктивність. Аналіз даних проводиться на основі заздалегідь погоджених, точно сформульованих критеріїв, що легко вимірюється.

5) лідерство керівництва. Ефективність процесів внутрішнього аудиту забезпечується ініціативністю керівництва.

У поняття ВА закладена ідея спрямованості процесу на постійне підвищення клінічної практики на основі результатів аудиту, тобто ВА представляє собою циклічний процес, який має кілька послідовних етапів (рис. 1).

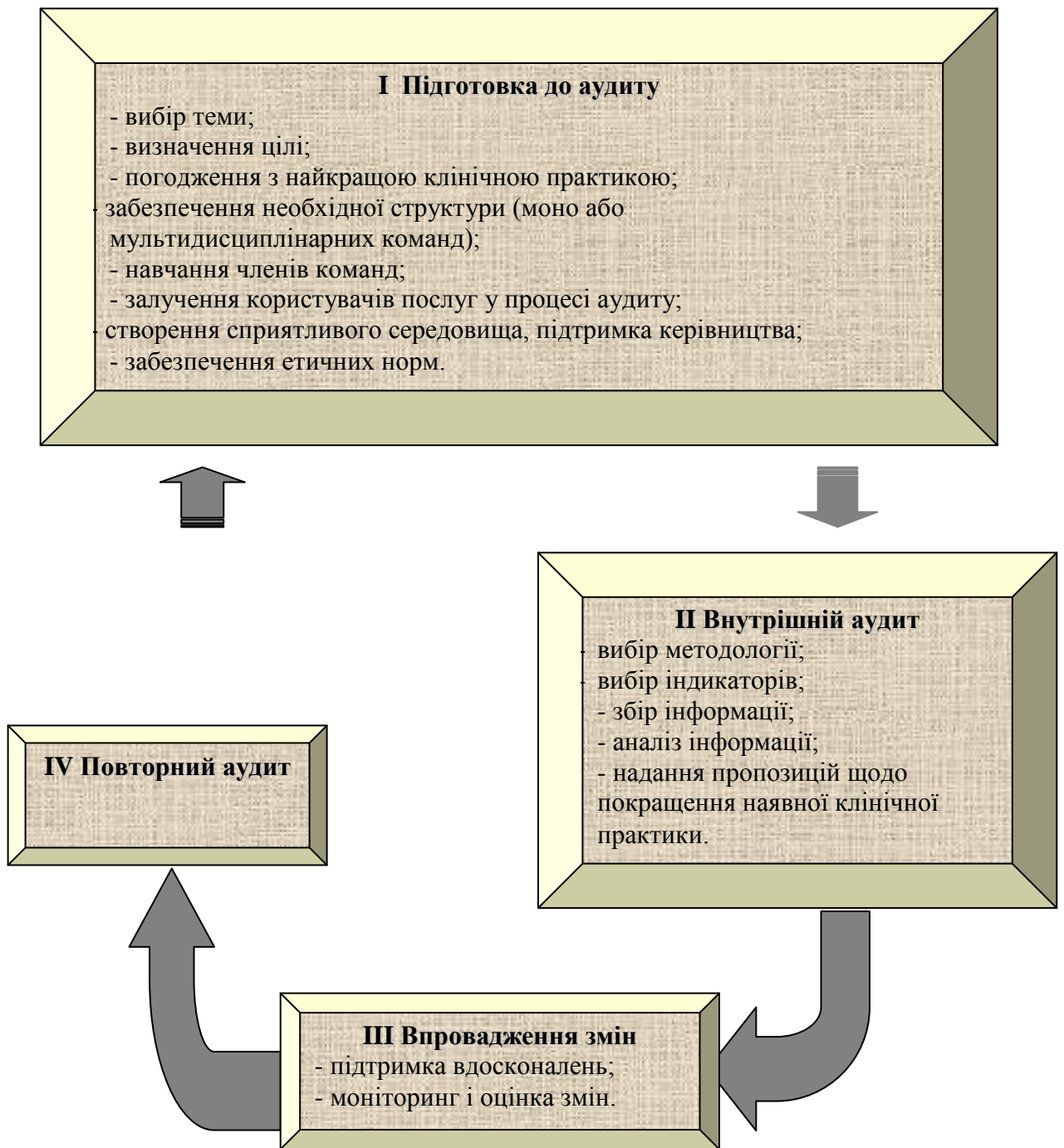


Рис. 1 – Цикл внутрішнього аудиту

В основу циклу ВА покладений цикл Демінга-Шухарта. Перший етап – це планування або підготовка до ВА, що включає вибір теми, визначення цілі, погодження з найкращою практикою, забезпечення необхідної структури (моно або мультидисциплінарних команд) - навчання членів команд; залучення користувачів послуг у процесі аудиту; створення сприятливого середовища, підтримка керівництва; забезпечення етичних норм. Правильно організований процес підготовки ВА є ключовим для

успіху проекту. ВА стає ефективним інструментом в покращенні ЯМД в тих колективах, де створене доброзичливе середовище, з ефективним керівництвом, залученням до процесу всього медичного персоналу, командної роботи та взаємної підтримки.

Наступний етап – процес аудиту. Для цього етапу важливо вибрати методологію, індикатори, зібрати інформацію, її проаналізувати, надати пропозиції. На етапі впровадження змін відбувається підтримка вдосконалень. І кінцевий етап – це моніторинг впроваджень, або повторний аудит.

Відмінною рисою аудиту є той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня допомоги до встановленого рівня одночасно вказує, які конкретні зміни необхідні в медичній практиці для покращення ситуації. Тобто основна увага в ВА спрямована на БПЯМД.

За критеріями аналізу і перевірки ВА класифікується на такі види (рис. 2). Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації.

Фінансово-економічний аудит – це аудит фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я, критеріальною базою якого виступають медико-економічні нормативи і розрахунки. Аудит кадрового забезпечення передбачає аналіз кваліфікаційного складу та нормативної укомплектованості персоналу медичного закладу. Аудит матеріального забезпечення проводиться на основі порівняння з таблицями оснащення закладів охорони здоров'я, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, приміщень, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами, який розробляється для конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу.

Аудит медичної документації – вивчення медичної документації закладу охорони здоров'я або його відділень для визначення ступеня відповідності реальної клінічної практики і її результатів заздалегідь встановленим стандартам і нормам. Критерієм аудиту медичної документації є якість ведення медичної документації (заповнення медичних документів: змістовне та хронологічне).

Друга група – аудит процесу – включає такі види: КА, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій та обладнання.

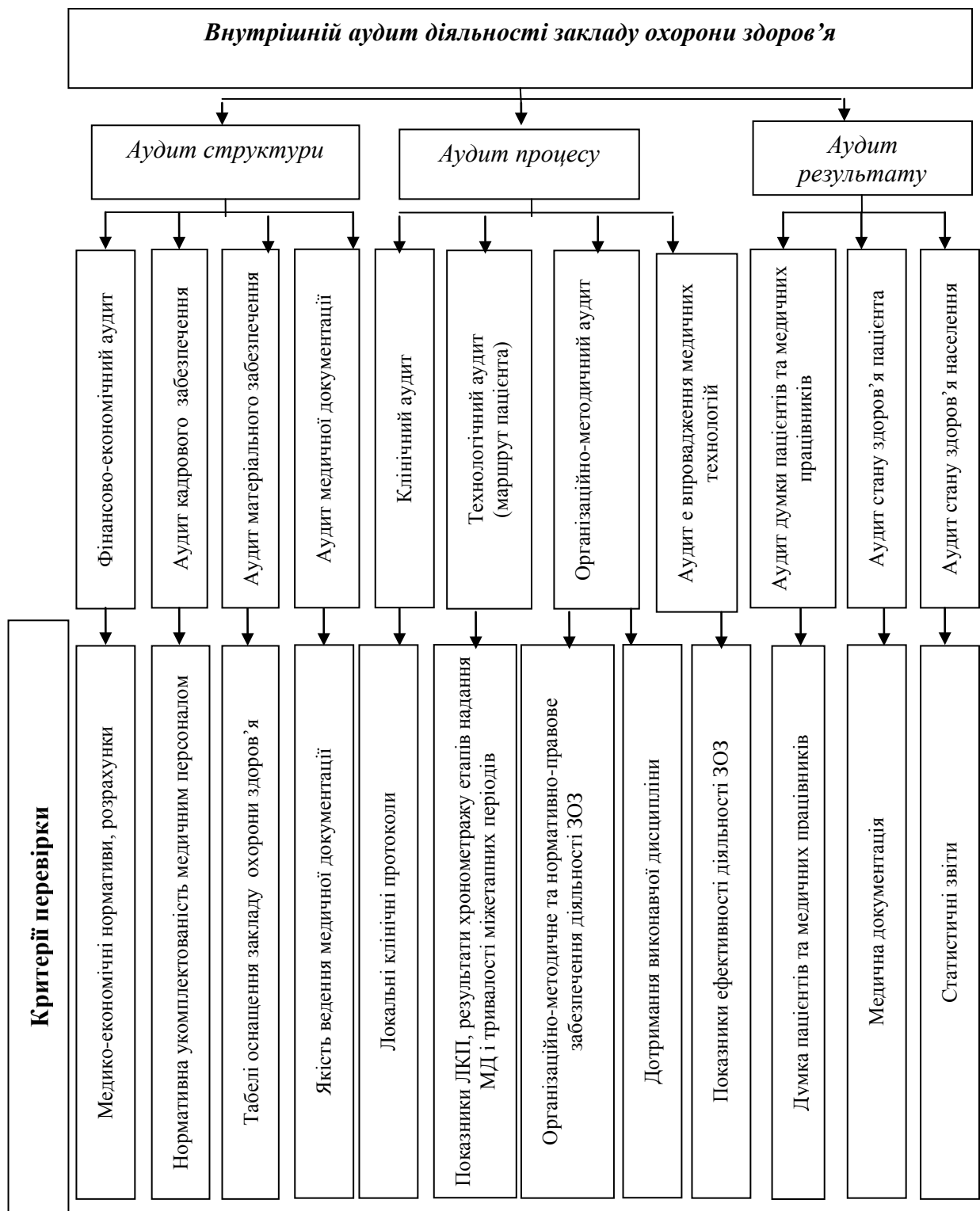


Рис. 2 – Види внутрішнього аудиту та їх критеріальна база

КА є процесом поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичного контролю наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв або протокольних індикаторів і з подальшим внесення змін. Критеріальною базою КА є локальні клінічні протоколи, які визначають обов'язкові дії з профілактики, діагностики і лікування на основі доказової медицини. Завданням технологічного аудиту є забезпечення

своєчасності та послідовності надання медичної допомоги. Тобто цей вид аудиту передбачає оцінку часової та етапної відповідності процесу надання медичної допомоги. Критеріальною базою технологічного аудиту можуть бути показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги і тривалості міжетапних періодів, кращі нормативи медичної практики закладів охорони здоров'я, які встановлені експертним шляхом. Організаційно-методичний аудит передбачає оцінку сукупності управлінських технологій на предмет їх організаційної раціональності. Критеріальною базою організаційно-методичного аудиту виступає організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, дотримання виконавчої дисципліни, комп'ютеризація, використання інформаційно-комунікаційних технологій. Аудит ефективності впровадження медичних технологій передбачає аналіз показників використання медичних технологій за критеріями ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

Третя група – аудит результату – включає такі види: аудит думки пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит стану здоров'я населення.

Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту думки пацієнтів та медичних працівників. Для виявлення думки пацієнтів та медичних працівників проводять опитування. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією. Аналіз медичної документації дозволяють оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку. Критеріальною базою аудиту стану здоров'я населення є статистичні звіти. Огляди статистичних звітів надають можливість співставляти показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

Вибір виду ВА і критеріальної бази визначають особливості його проведення, а саме: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища ЗОЗ, що потребують змін. Тобто дієвість ВА визначається функціонуванням існуючої моделі управління ЯМД в ЗОЗ.

Медико-соціальна модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я

Медико-соціальна модель управління ЯМД на основі механізму ВА передбачає проведення циклічної оцінки і покращення якості. Базовими елементами моделі є умовно-постійна складова (нормативно-методологічна

компонента, створення сприятливого середовища в ЗОЗ, мотиваційна компонента) і умовно-змінна складова (цикл аудиту) (рис. 3).

Умовно-постійна складова формує обов'язкові умови для впровадження медико-соціальної моделі управління ЯМД. Вона повинна бути створена для функціонування механізму внутрішнього аудиту в ЗОЗ і постійно підтримуватися з урахуванням оновлення державної нормативно-правової бази, ринкових умов, змін у суспільстві в цілому та ін. Нормативно-методологічна складова включає: постанови Кабінету Міністрів, накази Міністерства охорони здоров'я, накази Управління охорони здоров'я, накази по закладу охорони здоров'я, методичні рекомендації, УКПМД, локальні клінічні протоколи, хронометраж лікувального і технологічного процесів, маршрути пацієнтів, статистичні дані, плани медичних Рад, програму та план забезпечення ЯМД в ЗОЗ та інші методичні документи щодо ЯМД. Мотиваційна складова передбачає створення системи матеріального та морального заохочення за надання якісної медичної допомоги та участь медичних працівників у процесах покращення ЯМД.

Створення сприятливого середовища в ЗОЗ для впровадження моделі управління ЯМД є однією з головних умов її ефективного функціонування і базується, в першу чергу, на ініціативності та зацікавленості керівництва; проведення у колективі роз'яснювальної роботи щодо цілей та принципів концепції безперервного покращення ЯМД (доброзичливості, конфіденційності, відсутності покарання); організації навчання експертів та ін.

На базі умовно-постійної складової медико-соціальної моделі управління ЯМД в ЗОЗ можливе функціонування та розвиток умовно-змінної складової, тобто ефективне впровадження системи безперервного покращення ЯМД на основі циклу ВА. Цикл ВА складається з трьох основних етапів: планування, процес і коригуюча дія. За результатами проведення циклу ВА приймаються управлінські рішення, що мають на меті покращення існуючого рівня ЯМД в ЗОЗ. Наступним етапом у моделі є аналіз ефективності впроваджень і, при необхідності, проведення повторного аудиту для підтримання безперервності удосконалення процесів надання медичної допомоги.

Впровадження медико-соціальної моделі покращення ЯМД в ЗОЗ передбачає забезпечення необхідних умов для успішного функціонування системи безперервного покращення ЯМД на основі ВА. Насамперед, у ЗОЗ створюється нормативно-правова база управління ЯМД на основі стандартизації (розробляються локальні клінічні протоколи, накази,

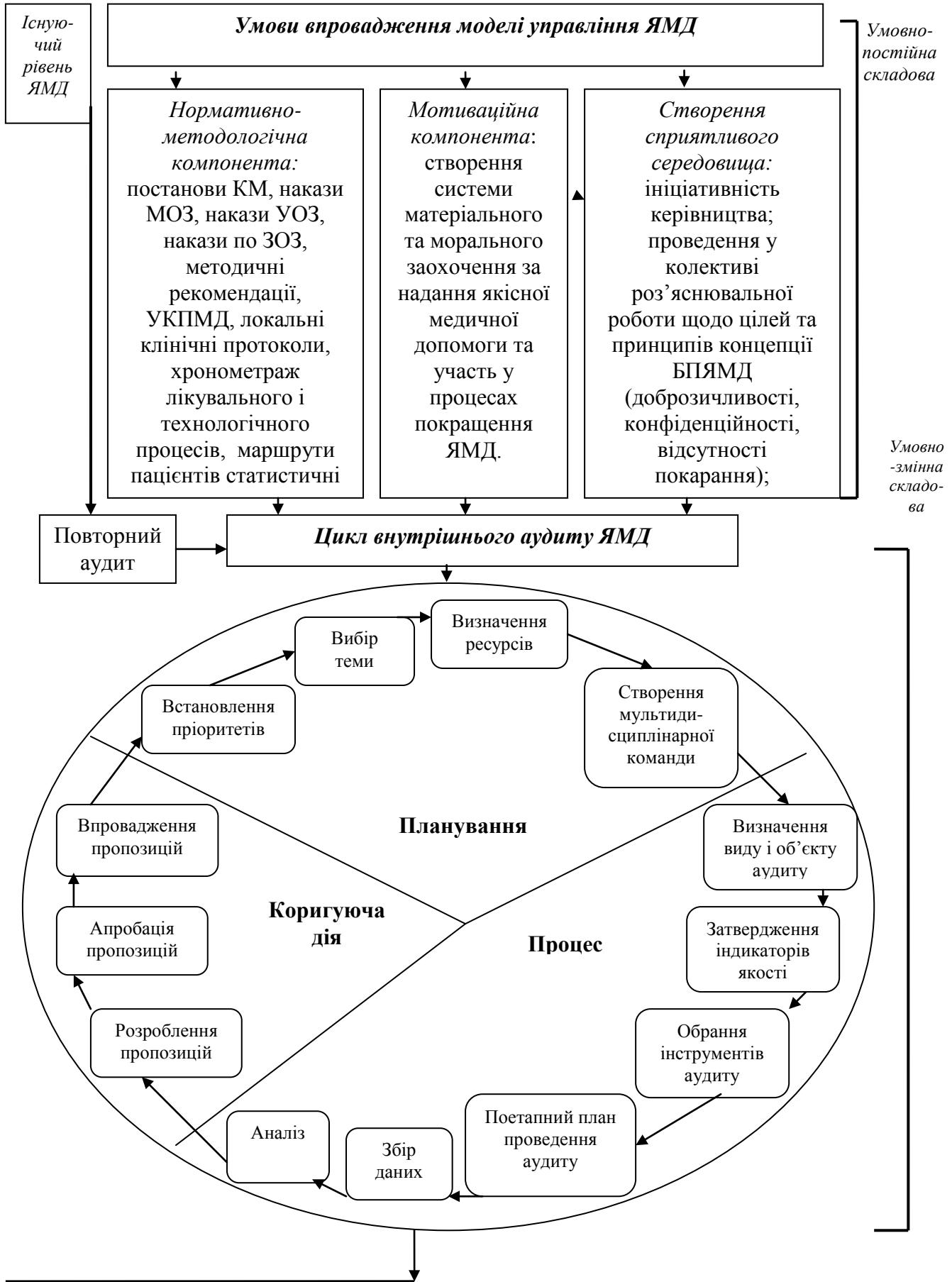


Рис. 3 – Загальна модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту

методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани і т.п.).

Одночасно з нормативно-правовою базою у ЗОЗ формується середовище, сприятливе до безперервного покращення ЯМД, що передбачає:

- лідерство керівництва;
- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення ЯМД (доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення у результаті проведення аудиту, забезпечення навчання персоналу);

- створення структурної компоненти безперервного покращення ЯМД: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів даного ЗОЗ, споживачі медичних послуг, представники громадських організацій;

- формування мотиваційної компоненти системи безперервного покращення ЯМД: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги та участі у роботі мультидисциплінарних груп.

Створення середовища у ЗОЗ, сприятливого до безперервного покращення ЯМД, передбачає здійснення заходів зі зміни ставлення у колективі до проблем ЯМД, наприклад: розробка та поширення серед персоналу підготовлених методичних матеріалів, забезпечення їх доступності для кожного співробітника; інформування усіх співробітників про те, що діяльність нової системи управління якістю направлена не на виявлення недоліків з метою покарання, а з метою запобігання і уникнення даних недоліків при наданні медичної допомоги пацієнтам та ін.

Однією із умов успішної реалізації політики у сфері якості є формування мотивації у персоналу медичної організації до якісного виконання своєї роботи і до активної участі у процесах управління якістю. У даному напрямку адміністрації ЗОЗ необхідно періодично проводити дослідження щодо вивчення мотиваційних важелів у працівників, використовувати принципи економічного та морального стимулювання (об'ява подяки, нагородження цінними подарунками і грамотами, конкурси на звання «кращий лікар» і «краща медична сестра», дошка пошани і т.д.). Найактивнішим співробітникам створити умови для подальшого професійного, адміністративного або наукового зростання при досягненні

певних успіхів у сфері якості. Ключовим напрямком системи морального стимулювання персоналу є демонстрація досягнень у сфері якості. Основні досягнення, як окремих співробітників, та і всього колективу доцільно демонструвати на загальнолікарняних нарадах, на зборах трудового колективу закладу, на адміністративних нарадах районного та обласного масштабів, а також висвітлювати у засобах масової інформації.

Система навчання співробітників має проводитися на робочому місці у рамках систематизованої програми навчання у малих групах з викладанням питань, що стосуються вузькопрофесійної сфери інтересів тих, що навчаються, фокусуючись на проблемі безперервного покращення якості.

Розвиток співробітництва медичного персоналу з пацієнтами необхідно здійснювати у чотирьох основних напрямках: деонтологічної складової, навчання і забезпечення безпеки пацієнтів; систематичний аналіз (моніторинг) думки пацієнтів про якість медичних послуг, що надаються; співробітництво з громадськими об'єднаннями хворих. Навчання пацієнта включає цілий напрямок діяльності закладу, що складається з забезпечення інформованості хворих про захворювання і навчання практичним навичкам, що виконується безпосередньо хворим у процесі лікування і вдома після лікування. Необхідно проводити заняття за відповідними програмами з хворими, на протязі яких пацієнтам надається інформація про теоретичні основи їх хвороби, профілактичні рекомендації та практичні навички (наприклад, школа хворих бронхіальною астмою, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та ін.). Систематичний аналіз думки пацієнтів про якість наданих послуг є обов'язковим розділом роботи адміністрації медичної організації у системі управління якістю лікувально-діагностичного процесу, оскільки задоволеність пацієнта і дотримання етико-деонтологічних принципів є індикаторами якості роботи медичного персоналу. Співробітництво з громадськими об'єднаннями хворих є одним із напрямків діяльності адміністрації ЗОЗ при створенні шкіл хворих цукровим діабетом, бронхіальною астмою, артеріальною гіпертензією та ін., проведенні інформаційно-роз'яснювальної роботи, а також при вивченні та аналізі думки населення про ЯМД.

Таким чином, для ефективного функціонування медико-соціальної моделі системи управління ЯМД в ЗОЗ необхідна розробка нормативно-методологічної бази на основі стандартизації процесів надання МД, створення сприятливого середовища в колективі щодо принципів реалізації концепції БПЯМД і розроблення системи матеріального та морального заохочення за надання якісної медичної допомоги та участь у процесах покращення ЯМД,

Створення умовно-постійної складової медико-соціальної моделі управління ЯМД в ЗОЗ (нормативно-правової бази, сприятливого середовище до БПЯМД, мотиваційних механізмів) надає можливість проведення внутрішнього аудиту. Спочатку в ЗОЗ видається наказ про проведення внутрішнього аудиту, яким встановлюються пріоритети, вказується тема, визначаються ресурси, створюється мультидисциплінарна команда. Пріоритети встановлюються, виходячи з результатів діяльності ЗОЗ, стану здоров'я населення, що обслуговується, даних статистичних звітів, результатів моніторингу задоволеності пацієнтів та ін.

Вибір теми є важливим етапом внутрішнього аудиту. Тема аудиту має бути актуальною та локальною, направленою на покращення клінічних, соціальних, епідеміологічних, профілактичних й інших аспектів діяльності ЗОЗ. Тему аудиту, як правило, визначає головний лікар, що орієнтується на статистичні дані, результати моніторингу задоволеності пацієнтів, дані аналізу скарг тощо. Наприклад, проблемою може бути збільшення випадків ускладнень у хворих артеріальною гіпертензією за рік, збільшення середнього показника ліжко-днів у післяопераційних хворих, низький рівень відвідування сімейного лікаря диспансерних хворих, збільшення кількості скарг. Потім встановлюються мета і завдання внутрішнього аудиту, що мають відповідати таким критеріям: бути специфічними (наприклад, зменшення кількості післяопераційних ускладнень); вказувати на цільову аудиторію або систему, на яку вона направлена (для пацієнтів з артеріальною гіпертензією, хворі цукровим діабетом, ургентні хірургічні хворі); бути такими, що вимірюються (кількість звернень до лікаря ЗПСМ або до фахівців, кількість амбулаторних та інструментальних обстежень за рік, рівень артеріального тиску, час перебування хворого у приймальному відділенні). На етапі „планування” визначаються ресурси, що необхідні для проведення внутрішнього аудиту: фахівці-експерти, обладнання, програмне забезпечення та ін. Також створюється мультидисциплінарна команда шляхом включення представників усіх зацікавлених груп у підвищенні ЯМД.

Етап ”процес” передбачає: визначення виду і об'єкту аудиту, затвердження індикаторів якості, обрання інструментів аудиту, складання поетапного плану проведення аудиту, збір даних, аналіз. Тобто виявляються недоліки та вузькі місця у процесі організації медичної допомоги в ЗОЗ. Мультидисциплінарна команда на своєму засіданні визначає види (напрямки) і об'єкти (одиниці дослідження) аудиту. Потім затверджує індикатори якості, тобто показники, величина яких буду оцінюватися у процесі внутрішнього аудиту. Не можна обмежуватися тільки індикаторами, розробленими на основі клінічних стандартів. Виділяють також індикатори,

розроблені мультидисциплінарною командою самостійно, наприклад: час, витрачений пацієнтами на очікування прийому; число пацієнтів, що задоволені загальним сервісом у закладі, кількість профілактичних оглядів хворих за рік, які знаходяться на диспансерному обліку, якість ведення медичної документації тощо. В залежності від визначених видів аудиту обираються інструменти аудиту: моніторинг, спостереження, аналіз медичної документації, бенчмаркінг та ін. Потім складається поетапний план проведення аудиту, в якому визначаються основні заходи аудиту, виконавці, терміни заходів.

Для зібрання та аналізу інформації використовують такі методи:

1) хронометраж і спостереження (для перевірки ресурсів та процесів): безпосереднє спостереження за процесом надання медичної допомоги (за консультуванням, гінекологічним оглядом, вимірюванням артеріального тиску і т.д); перевірка середовища, у якому надається медична допомога (тепло, світло, чистота); перевірка ресурсів за контрольним переліком, у цьому випадку відповіді записують у формі так/ні, виконано/не виконано та ін. (наприклад, наявність ліків, лабораторного обладнання) та час, витрачений на надання послуги або її очікування;

2) аналіз (для перевірки процесів та результатів): історій хвороб (наприклад, правильність класифікації артеріальної гіпертензії), амбулаторних карт (наприклад, правильність призначення лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією); щомісячних, щоквартальних і щорічних звітів (наприклад, смертності та захворюваності); журналів реєстрації і обліку хворих, диспансеризації та ін.;

3) бесіда або використання опитувальника: опитування пацієнта і членів його родини (визначення задоволеності, поведінки і знань, необхідних для пацієнта); опитування лікарів, медичних сестер (визначення задоволеності, знань).

Особливу увагу слід приділяти відслідковуванню тривалості та покращенню менеджменту міжетапного часового проміжку, оскільки більшість пацієнтів висловлюють зауваження на незадовільну організацію саме в міжетапні часові проміжки надання медичної допомоги в ЗОЗ; та моніторингу виконання рекомендацій лікаря і результатів лікування. Побудова маршруту пацієнта надає можливість чітко визначити виконавців, які можуть бути включені до складу мультидисциплінарної команди, виявити проблемні осередки у забезпеченні якості медичного обслуговування. У процесі надання медичної допомоги необхідно звертати увагу на такі етапи:

- ті, що дублюються (наприклад, і лікар, і медсестра вимірюють артеріальний тиск і температуру; здійснення повторних лабораторних та інструментальних обстежень у планових хворих у стаціонарі);
- невизначені (наприклад, невідомо, що відбувається з пацієнтом після виписки зі стаціонару або після амбулаторного лікування);
- симптоми «м'ячика» (наприклад, пацієнта з неясним діагнозом направляють до різних спеціалістів, хоча більшість простих обстежень міг би призначити один лікар);
- симптоми «вузького горличка» – симптоми скупчення людей, роботи і т.п. (наприклад, часто біля дверей рентген-кабінету скупчується черга);
- непотрібні кроки (наприклад, пацієнта просять здати неспецифічні аналізи при профілактичному огляді; необов'язкові консультації спеціалістів, дублювання аналізів у стаціонарі).

На етапі „коригуюча дія” розробляються пропозиції, відбувається апробація пропозицій та впровадження пропозицій. Після виявлення причин проблем забезпечення ЯМД, мультидисциплінарна команда має розробити заходи з покращення наявної медичної практики.

Після апробації впроваджень проводиться аналіз покращень на основі визначеного індикаторів ефективності. Після впровадження заходів важливо продовжувати моніторинг і збір даних з метою виявлення позитивних або негативних наслідків системного впровадження певного заходу у закладі охорони здоров'я. На цьому етапі формується підсумкова оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в закладі. Для цього потрібно порівняти дані моніторингу до і після заходу, виявити чи покращились індикатори, визначити відповідність процесу запланованому, підвести підсумки і зробити висновки. На основі висновків мультидисциплінарна команда має прийняти рішення про внесення коректив у захід; визначити, які зміни мають бути зроблені; при відсутності покращення оцінити отриманий результат; при наявності покращення визначити можливості його поширення і закріплення у власній практиці ЗОЗ.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги.

Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні її надання відносяться:

- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
- укомплектованість штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами, %;
- укомплектованість штатних посад сімейних медичних сестер фізичними особами, %;
- співвідношення штатних посад ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);
- співвідношення фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);
- розподіл фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер за кваліфікаційними категоріями;
- наявність в СА приміщень, визначених ДСТУ;
- наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;
- рівень фінансування з розрахунку на одного жителя, грн.;
- наявність санітарного автотранспорту;
- забезпеченість СА медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення закладів ПМСД, затверджених МОЗ України;
- забезпеченість засобами санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання населення;
- наявність в СА персонального комп'ютера з доступом до системи інтернет;
- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів структури забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- відповідність структури поліклініки галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування;
- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
 - укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;
 - укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;
 - співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;
 - розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;
 - рівень фінансування з розрахунку на одне амбулаторне звернення, грн.;
 - наявність в поліклініці приміщень, визначених ДСТУ;
 - наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;
 - забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;
 - забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
 - забезпеченість проміневою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
 - забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
 - забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);

- наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;
- наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи інтернет;
- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

До індикаторів структури забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- відповідність структури та потужності стаціонару галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування і обрахованим потребам населення в стаціонарній медичній допомозі;
 - забезпеченість ліжками – кількість ліжок на 10000 населення;
 - наявність приймального відділення – відділення екстреної медичної допомоги з наявністю оснащених протишокових палат, забезпечених необхідними лікарськими засобами в яких цілодобово працює підготовлений з питань екстреної медичної допомоги медичний персонал;
 - відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
 - укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;
 - укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;
 - співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;
 - розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;
 - рівень фінансування з розрахунку на один ліжко-день, грн. в тому числі на придбання лікарських засобів та харчування;
- відповідність переліку та площ приміщень вимогам ДСТУ;
 - наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;
 - забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;

- наявність в структурі лікарні не менше 10% ліжок інтенсивної терапії оснащених відповідно до нормативів апаратами штучної вентиляції легенів, моніторинговою апаратурою та дозаторами для введення лікарських засобів;
- наявність безперебійного 3-х денного запасу лікарських засобів для проведення інтенсивного лікування пацієнтів та надання екстреної медичної допомоги за списком затвердженим головним лікарем;
- забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість променевою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);
- наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;
- наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи інтернет;
- наявність відпрацьованої системи умов госпіталізації пацієнтів, які потребують інтенсивної медичної допомоги та при надходженні великої кількості хворих та постраждалих;
- наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;
- забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів процесу забезпечення якості ПМСД відносяться:

- рівень звернень населення до ЛЗП-СЛ з розрахунку на одного жителя;
- частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;
- частка звернень дитячого населення, % до загальної кількості звернень;
- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;
- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- частка охоплених заходами реабілітації (протирецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- охоплення цільовими профілактичними оглядами на виявлення на ранніх стадіях розвитку:
 - - туберкульозу;
 - - онкологічних захворювань: раку молочної залози, шийки матки, прямої кишки, шкіри;
 - - гіпертонічної хвороби;
 - - цукрового діабету;
 - - глаукоми.
- вакцинація населення, % від підлеглих плановій вакцинації;
- кількість пролікованих в денних та домашніх стаціонарах;
- охоплення санітарно-гігієнічним навчанням, заходами з формування здорового способу життя, % від кількості прикріпленого населення.

Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- функція посади лікаря-спеціаліста амбулаторно-поліклінічного закладу охорони здоров'я (підрозділу);
 - частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;
 - частка звернень за направленнями ЛЗП-СЛ, % до загальної кількості звернень;

- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;
- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- частка охоплених заходами реабілітації (протирецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;

За даними експертної оцінки карт амбулаторного хворого виявлені дефекти в роботі: невідповідність обстеження, неадекватна стану пацієнта визначена лікарем тактика, відсутність профілактичної спрямованості при веденні пацієнта, неякісне ведення медичної документації; випадки порушення: принципу конфіденційності інформації про пацієнта, правил деонтології, прав пацієнтів, санітарно-протиепідемічного режиму.

До індикаторів процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

Для характеристики використання ліжкового фонду можуть бути використані наступні показники:

▶ **рівень госпіталізації** – кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 10000 населення. При аналізі показників госпіталізації пацієнтів вивчають та аналізують наступні показники: кількість та частку госпіталізованих обгрунтовано; кількість та частку госпіталізованих частково обгрунтовано (пацієнти, які за станом здоров'я могли отримати медичну допомогу в денних та домашніх стаціонарах); кількість та частку госпіталізованих в непрофільні структурні підрозділи ЗОЗ; кількість та частку госпіталізованих з метою отримання соціальної (медико-соціальної) допомоги; кількість та частку госпіталізованих в спеціалізовані відділення для отримання паліативної допомоги.

▶ **використання ліжкового фонду** – відношення кількості проведених у лікарні ліжок - днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок. Добуток цієї величини на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність;

▶ **оборот лікарняного ліжка** – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні;

▶ **зайнятість лікарняного ліжка** – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Обчислюється , в цілому, по стаціонарах та окремих відділеннях як відношення ліжок – днів, проведених хворими у стаціонарі протягом року, до середньої кількості ліжок;

► **середня тривалість перебування хворого на ліжку** – обчислюється як відношення кількості проведених пацієнтами ліжок – днів до кількості вибулих пацієнтів (виписаних та померлих). При вивченні середніх термінів перебування пацієнтів в стаціонарах вивчаються та аналізуються показники необгрунтованого перебування пацієнтів в стаціонарі. До них відносяться терміни перебування в стаціонарі планово госпіталізованих пацієнтів до початку комплексного лікування чи проведення оперативного втручання (обстеження та встановлення клінічного діагнозу), а також терміни після стабілізації стану, коли пацієнти можуть продовжувати прийом лікарських засобів в стаціонаророзамінних формах надання медичної допомоги. Середня тривалість лікування пацієнта з даною нозологічною формою захворювання – відношення середньої кількості ліжок – днів, що проведені виписаними пацієнтами з даною нозологією, котрі були виписані

Названі показники вивчаються в цілому по стаціонару, спеціалізованих відділеннях та в розрізі захворювань, що найбільш часто потребують госпіталізації.

1. Розподіл пацієнтів за частотою тривалості перебування в стаціонарі – відношення кількості хворих із данною нозологічною формою, що лікувались у стаціонарі протягом визначеного періоду t , до кількості хворих з тією ж нозологією, що були виписані зі стаціонару. На практиці t : 1 – 3 дні; 4 – 7; 8 – 14; 15 – 30; більше 30 днів.

2. Частота побічної дії лікарських препаратів – відношення кількості випадків побічної дії до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

3. Хірургічна активність стаціонару – відношення кількості пацієнтів, що були прооперовані в стаціонарі (відділенні), до кількості пацієнтів, що вибули зі стаціонару (відділення).

4. Питома частка планових операцій у загальному обсязі хірургічних втручань.

5. Частота патологоанатомічних розтинів обчислюється як відношення кількості проведених за період патологоанатомічних розтинів до кількості пацієнтів, що померли у стаціонарі.

Принципово новими індикаторами оцінки процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги є:

- відповідність наданої медичної допомоги за **термінами** проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи;

- відповідність наданої медичної допомоги за **обсягами** проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи.

Даний аналіз проводиться відповідно до нозологічних одиниць, за класами хвороб відповідно до МКХ-10 в структурних підрозділах та ЗОЗ в цілому.

Індикатори результату якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів результату якості ПМСД відносяться:

- зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансерної групи населення;
- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;
- зниження рівнів попереджувальної смертності населення;
- зниження рівня вперше виявлених хворих на туберкульоз та злоякісні новоутворення в занедбаних стадіях;
- зниження рівня захворюваності населення на інфекційні хвороби, які відносяться до групи вакцинокерованих;
- зниженні рівня госпіталізації населення;
- зниження рівня викликів бригад екстреної медичної допомоги при невідкладних станах;
- зниження рівня госпіталізації пацієнтів за екстреними показами поза межами терапевтичного вікна.

ПОСТАНОВОЮ КМУ від 30 грудня 2013 р. N 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» затверджено Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.

Згідно даної Постанови показниками якості на первинному рівні надання медичної допомоги є:

- показник рівня виявлення онкологічних захворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед хворих, у яких вперше виявлено візуальні форми раку (середній показник по регіону);
- показник виконання плану проведення скринінгових досліджень виявлення раку шийки матки (70 відсотків);

- показник виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (90 відсотків і більше);
- показник питомої ваги пацієнтів з кислотно-стійкими бактеріями (+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на туберкульоз або його рецидив, які були обстежені бактеріоскопічно у туберкульозних лабораторіях I рівня після звернення за медичною допомогою до закладів первинної медико-санітарної допомоги (від 5 до 10 відсотків включно);
- показник питомої ваги дітей віком до 6 місяців включно, які протягом звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (60 відсотків і більше);
- показник виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років (95 відсотків);
- показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострий інсульт серед населення працездатного віку на 1000 осіб прикріпленого населення відповідного віку (середній показник по регіону);
- показник рівня госпіталізації до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування));
- показник кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (середній показник по регіону);
- показник кількості консультативних висновків з приводу захворювання, наданих лікарем вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах, на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (середній показник по регіону).

НАКАЗОМ МОЗ України від 25.07.2013 N 693/633, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 серпня 2013 р. за N 1306/23838 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" затверджені наступні показники результативності первинної медичної допомоги:

Мета: Зміцнення та поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі	
Завдання	Результативні показники
Забезпечення надання	Показники затрат:

<p>населенню первинної медичної допомоги за місцем їх проживання (перебування)</p>	<p>- кількість штатних посад, одиниць; в тому числі лікарів, які надають первинну допомогу, одиниць.</p> <p>Показники продукту:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість прикріпленого населення, осіб; - кількість пролікованих хворих, тисяч осіб. <p>Показники ефективності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кількість прикріпленого населення на 1 лікаря, який надає первинну допомогу, од.; - середня кількість відвідувань на 1 лікаря, одиниць. <p>Показники якості:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями, %; - динаміка* виявлених візуальних форм онкозахворювань в занедбаних стадіях, %; - динаміка* виявлених візуальних форм випадків туберкульозу в занедбаних стадіях, %.
--	--

Індикатори результату якості медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги

До індикаторів результату якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансеризованих;
- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;
- зниження рівнів попереджувальної смертності населення;
- зниження рівнів госпіталізації населення;
- збільшення частки госпіталізованих в плановому порядку в тому числі для проведення оперативних втручань.

Далі, в табл. 1, наведено типову кінцевих результатів роботи поліклінік для дорослого населення.

Таблиця 1

Типова модель кінцевих результатів роботи поліклінік для дорослого населення

Показник	Одиниця вимірювання	Нор - матив	Оцінка, бали		
			Нор - матив	Відхилення	
				Знак	На одиницю вимірювання

<i>Результативність</i>					
Частота первинного виходу на інвалідність	На 10 тис. працюючих	55	4	-	1
Виявлення хворих на туберкульоз органів дихання під час профілактичних оглядів	% від усіх вперше виявлених	50	5	+	0,5
Частота флюорографічного обстеження населення	На 100 населення	60	6	+	0,5
Повнота охоплення жінок профілактичними оглядами	% оглянутих до кількості жінок із 18 років	80	5	+	0,3
Середня тривалість перебування на лікарняному листку	Дні	10*	2	-	0,3
Рівень якості лікування (РЯЛ)	Середній рівень у %	85	6	+	0,1
<i>Дефекти</i>					
Виявлення хворих із давніми стадіями онкозахворювань	На 100 тис. населення			-	0,3
Пізнє виявлення хворих на туберкульоз з вини медичних працівників	На 100 тис. населення			-	0,5
Обґрунтовані скарги:	На 100 тис. населення			-	0,3
• деонтологічні					
• на низьку якість діагностики та лікування				-	0,5
<i>Примітка.</i> * - встановлює відділ охорони здоров'я					

Показник результативності (ПР) визначається за формулою:

$$ПР = НЗ + (ФП - НП) \cdot ОВ, \text{ де}$$

ПР - показник результативності;

НЗ - нормативне значення даної моделі в балах;

ФП - фактичний показник;

НП - нормативний показник;

ОВ - одиниця вимірювання.

У наведеному прикладі для першого показника результативності – первинного виходу на інвалідність – нормативне значення 40,0 оцінюється у 4 бали (табл. 1). Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал. При цьому знак “-” у п’ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання.

Після підрахунку всіх ПР і ПД розраховуємо **коефіцієнт досягнення результату. КДР** визначається відношенням різниці між реально досягнутою

сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності.

$$\text{КДР} = \frac{(\text{ПР}_1 + \text{ПР}_2 + \dots + \text{ПР}_n) - (\text{ПД}_1 + \text{ПД}_2 + \dots + \text{ПД}_n)}{\text{НЗ}_1 + \text{НЗ}_2 + \dots + \text{НЗ}_n}$$

Оцінюють отриманий КДР у динаміці, порівнюючи з даними аналогічних лікувально-профілактичних закладів (відділень). Бажано, щоб величина КДР наближалася до одиниці.

До моделей включають також показники, отримані за даними *експертних оцінок* або *методу рівня якості лікування (РЯЛ)*.

Рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$\text{РЯЛ} = (\text{ОНЗ} + \text{ОЯ}) : 200 \%, \text{ де}$$

РЯЛ - рівень якості лікування;

ОНЗ - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу;

ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, **ОНЗ** визначають за формулою:

$$\text{ОНЗ} = \text{ОДЗ} + \text{ОД} + \text{ОЛЗ}, \text{ де}$$

ОДЗ - оцінка виконання діагностичних заходів;

ОД - оцінка діагнозу;

ОЛЗ - оцінка лікувально-оздоровчих заходів.

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 2, 3, 4, 5).

Таблиця 2

ШКАЛА ОЦІНКИ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ (ОДЗ, %)

Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

Таблиця 3

ШКАЛА ОЦІНКИ ДІАГНОЗУ (ОД, %)

Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко – діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	75
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100

Таблиця 4

ШКАЛА ОЦІНКИ ЛІКУВАЛЬНО – ОЗДОРОВЧИХ ЗАХОДІВ (ОЛЗ, %)

Лікувально – оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально – оздоровчі заходи виконані наполовину	50
Лікувально – оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки	75
Набір лікувально – оздоровчих заходів виконано повністю	100

Таблиця 5

ШКАЛА ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ОЯ, %)

Очікувані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально – профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають клінічним протоколам	100

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів.

Для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс – 0,1; для оцінки лікувально – оздоровчих заходів – 0,4; для оцінки якості – 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \cdot \text{ОДЗ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛЗ} + 1 \cdot \text{ОЯ}) : 200 \%$$

Бажано, щоб величина РЯЛ наближалася до одиниці.

До індикаторів результату якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- зниження рівня летальності: загальної, до добової, післяопераційної; за віком, статтю, класом захворювання, нозологією тощо.

Летальність у стаціонарі визначається відношенням кількості пацієнтів, що померли у стаціонарі, до кількості пацієнтів, що вибули зі стаціонару.

Особливої уваги потребує вивчення причин смерті пацієнтів протягом першої доби перебування в стаціонарі. Проводячи аналіз летальності, слід порівнювати показники летальності хворих на конкретну хворобу в стаціонарі та летальності вдома. При цьому може виявитись той факт, що вдома померли тяжко хворі або такі, що були безпідставно рано виписані зі стаціонару, або такі, які не були госпіталізовані, але потребували цього. Вивчаються обсяги і теріміни проведення діагностичних та лікувальних заходів на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів надання медичної допомоги.

Якість стаціонарної медичної допомоги характеризують також такими показниками як:

- частота розбіжностей між клінічними та патологоанатомічними діагнозами;
- частота післяопераційних ускладнень;
- структура результатів: % випадків покращення стану здоров'я, без змін, погіршення стану здоров'я.

Джерелами первинної інформації для проведення аналізу слугують історії стаціонарного хворого, карти вибулого зі стаціонару.

Приклади розрахунку окремих показників при проведенні аналізу якості медичної допомоги

Структура ліжкового фонду за спеціальностями:

$$\frac{\text{Число ліжок даного профілю} \times 100}{\text{Загальна кількість ліжок}}$$

Рівень госпіталізації:

$$\frac{\text{Число госпіталізованих пацієнтів} \times 100}{\text{Загальна кількість населення}}$$

Динаміка ліжкового фонду:

$$\frac{\text{Кількість ліжок в звітному році} \times 100}{\text{Кількість ліжок в попередньому році}}$$

Укомплектованість медичними кадрами:

$$\frac{\text{Число зайнятих лікарських (сестренських, лаборантських) посад} \times 100}{\text{Число штатних лікарських (сестренських, лаборантських) посад}}$$

Середнє число роботи госпітального ліжка за рік:

$$\frac{\text{Число ліжок – днів, фактично проведених пацієнтами в 303, відділенні}}{\text{Середньорічна кількість ліжок в 303, відділенні}}$$

Середній термін перебування пацієнтів в стаціонарі:

$$\frac{\text{Число ліжок – днів фактично проведених пацієнтами в стаціонарі}}{\text{Кількість виписаних із стаціонару пацієнтів}}$$

Структура пацієнтів, які проходили лікування в стаціонарі:

А) за віком:

$$\frac{\text{Число пацієнтів даної вікової групи госпіталізованих до стаціонару} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих до стаціонару пацієнтів}}$$

Б) за місцем проживання:

$$\frac{\text{Число пацієнтів із сільської (міської) місцевості} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих до стаціонару пацієнтів}}$$

В) за показами до госпіталізації:

$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих до стаціонару} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих до стаціонару пацієнтів}}$$

Г) за характером захворювання:

$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих до стаціонару} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих до стаціонару пацієнтів}}$$

Ритмічність госпіталізації:

А) за місяцями року

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів госпіталізованих в даному місяці} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих за рік пацієнтів}}$$

Б) за днями тижня

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів госпіталізованих в понеділок} \text{ (вівторок, середу і т. д.)} \times 100}{\text{Загальна кількість госпіталізованих протягом тижня}}$$

Летальність в стаціонарі:

А) загальна летальність:

$$\frac{\text{Загальна кількість померлих в стаціонарі пацієнтів} \times 100}{\text{Загальна кількість пацієнтів вибулих із стаціонару}}$$

Б) летальність за профілем структурного підрозділу:

$$\frac{\text{Кількість померлих в даному структурному підрозділі} \times 100}{\text{Кількість вибулих із даного структурного підрозділу}}$$

В) летальність за певною нозологічною формою:

$$\frac{\text{Кількість померлих з певною нозологічною патологією} \times 100}{\text{Загальна кількість вибулих з даною нозологічною патологією}}$$

Г) до добова летальність:

$$\frac{\text{Кількість померлих в стаціонарі пацієнтів в терміні до 24 – х годин перебування в стаціонарі} \times 100}{\text{Кількість госпіталізованих до стаціонару}}$$

Д) структура післяопераційної летальності:

$$\frac{\text{Кількість померлих, які прооперовані з даної причини} \times 100}{\text{Загальна кількість прооперованих померлих}}$$

Частота співпадання клінічного та патологоанатомічного діагнозів:

$$\frac{\text{Кількість випадків розбіжності між діагнозами клінічним та патологоанатомічним} \times 100}{\text{Кількість проведених розтинів}}$$

Середній термін перебування прооперованих пацієнтів до оперативного втручання:

$$\frac{\text{Загальна кількість ліжок – днів проведених прооперованими пацієнтами до операції}}{\text{Число прооперованих пацієнтів}}$$

Показник ранньої госпіталізації пацієнтів:

$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих в межах терапевтичного вікна з певною гострою патологією} \times 100}{\text{Кількість госпіталізованих з даною гострою патологією}}$$

Показник пізньої госпіталізації пацієнтів:

$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих поза межами терапевтичного вікна з певною гострою патологією} \times 100}{\text{Кількість госпіталізованих з даною гострою патологією}}$$

Методика визначення інтегрального коефіцієнта ефективності медичної допомоги (Кі)

Кі визначають за формулою: **Кі = Км x Кс x Кв**,

де **Км** – **коефіцієнт медичної ефективності** – відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків;

Кс – **коефіцієнт соціальної ефективності** – відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти;

Кв – **коефіцієнт співвідношення витрат** – відношення нормативних витрат до фактичних витрат в оцінюваних випадках надання медичної допомоги.

Якщо виникають ускладнення, можна обмежитися K_i , який включає тільки 2 коефіцієнти, наприклад, **$K_m \times K_c$** , при цьому K_m і K_c можна спочатку визначити не стосовно кожного медичного працівника, а щодо підрозділу в цілому.

Існує додаткова методика оцінки результатів роботи (ОРР) лікаря – клініциста. Вона передбачає обчислення та подальше складання конкретних результатів його праці за кожним випадком лікування за весь період, що оцінюється, шляхом множення індексу рівня якості лікування (РЯЛ) на коефіцієнт складності курації (КСК):

$$\text{ОРР} = \text{КСК} \cdot \text{РЯЛ}$$

РЯЛ оцінюється за трьома блоками:

- кінцевий результат (КР);
- стандарт обстеження (СО);
- стандарт лікування (СЛ).

Слід наголосити на тому, що кожний блок має свій коефіцієнт:

$$\text{КР} - 0,5; \text{СО} - 0,2; \text{СЛ} - 0,3.$$

Блок КР передбачає три види оцінки:

- а) КР досягнуто – 1,0. У цьому разі блок КР становитиме $1,0 \cdot 0,5 = 0,5$;
- б) КР не досягнуто – 0. У цьому разі блок КР становитиме $0 \cdot 0,5 = 0$;
- в) КР досягнуто не повністю – від 0,5 до 0,8. У цьому разі блок КР становитиме $(0,5 - 0,8) \cdot 0,5 = 0,25 - 0,4$.

Блок СО передбачає оцінку в трьох варіантах:

- 1) СО виконано повністю – 1,0. У такому разі блок СО становитиме $1,0 \cdot 0,2 = 0,2$;
- 2) СО не виконано. Цей висновок потребує уточнення: якщо невиконання вплинуло на КР, величина проміжного показника може становити від 0 до 0,5. При цьому СЛ дорівнює $(0 - 0,5) \cdot 0,3 = 0 - 0,15$; якщо невиконання СЛ не вплинуло на КР, показник оцінюється 0,8. У такому разі СЛ становитиме $0,8 \cdot 0,3 = 0,24$.

Таким чином, РЯЛ закінчених випадків дорівнює сумі оцінок усіх трьох блоків і розраховується за формулою:

$$\text{РЯЛ} = 0,5 \cdot \text{КР} + 0,2 \cdot \text{СО} + 0,3 \cdot \text{СЛ},$$

де 0,5; 0,2 та 0,3 – вагові коефіцієнти блоків КР, СО та СЛ.

Величина показників КР, СО та СЛ (оцінка кожного з блоків) вибирається посадовою особою, яка здійснює перевірку та оцінює результати діяльності лікарів – клініцистів чи лікувального закладу в цілому.

Фактичні результати лікування оцінюються за даними історій хвороби. Ступінь складності роботи лікаря (КСК) оцінюється за медико –

економічними стандартами диференційовано на кожну клінічну і нозологічну форму відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10 – го перегляду (МКХ - 10).

Висновки

У методичних рекомендаціях, які розраховані на організаторів охорони здоров'я представлено механізм дій з контролю якості медичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

Представлено методологію організації внутрішнього аудиту з контролю якості медичної допомоги, рівні контролю якості медичної допомоги, індикатори за показниками структури, процесу, результату та методи розрахунку окремих показників.

Додатки

Проект

Назва закладу охорони здоров'я

НАКАЗ

Дата

№.....

Про затвердження безперервної системи контролю якості медичної допомоги

З метою забезпечення пацієнтів якісною медичною допомогою скеровану на задоволення їх потреб у відповідності до стану здоров'я та підвищення ефективності діяльності закладу охорони здоров'я та досягнення кращих результатів при раціональному використанні наявних ресурсів

НАКАЗУЮ :

I. Затвердити:

1.1. Відповідальним за забезпечення та контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я заступника головного лікаря з медичної роботи, а на рівні структурних підрозділів – завідувачів структурними підрозділами.

1.2. Положення про систему контролю якості медичної допомоги (додається).

1.3. Постійно діючу комісію (склад додається) з проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги. Голові комісії в місячний термін розробити та представити на затвердження план роботи комісії.

1.4. Індикатори структури, процесу та результативності по забезпеченню якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та в структурних підрозділах (додаються).

1.5. Карту експертної оцінки якості медичної допомоги в стаціонарі (додається).

1.6. Карту оцінки використання ліжкового фонду (додається).

1.7. Анкету соціологічного дослідження серед пацієнтів по вивченню їх оцінки якості отриманої медичної допомоги (додається).

II. Заступнику головного лікаря з медичної роботи забезпечити:

2.1. Розробку комплексного плану забезпечення та контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

2.2. Вивчення лікарями закладу охорони здоров'я Клінічних протоколів, затверджених МОЗ України.

2.3. Розробку та запровадження локальних клінічних протоколів за найбільш поширеними захворюваннями та станами.

2.4. Використання результатів внутрішнього аудиту якості медичної допомоги в процесі навчання медичного персоналу з безперервного підвищення професійної майстерності.

2.5. Щоквартальне проведення соціологічних досліджень серед пацієнтів з забезпеченням конвенційності інформації про респондентів з незалежним аналізом отриманих результатів.

2.6. Заслуховування питань забезпечення якості медичної допомоги на засіданнях Медичної ради, Ради медичних сестер, оперативних нарадах

III. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Головний лікар

Карта оцінки використання ресурсів стаціонарного сектору

Кількість вивчених історій хвороби в відділенні

Показник	абс	%
<i>Госпіталізовані до стаціонару</i>		
Планово		
Ургентно		
<i>Із тих, що госпіталізовані планово, обстежені</i>		
Повністю		
Частково		
Не обстежені		
<i>Повторено в стаціонарі обстеження</i>		
Лабораторні		
Функціональні (інструментальні)		
Проміневі		
<i>Причина госпіталізації</i>		
Інтенсивна медична допомога		
Консервативне лікування		

Оперативне лікування		
Паліативна допомога		
Відновне лікування		
Медико-соціальна допомога		
Діагностика захворювання		
Експертне заключення		
Обґрунтованість госпіталізації		
Необхідну медичну допомогу можна отримати виключно в стаціонарі		
Необхідну медичну допомогу можна отримати в стаціонарозамінних формах		
Потребує соціальної допомоги		
Характеристика своєчасності організації медичних заходів		
Оглянуто лікуючим лікарем в першу годину перебування в стаціонарі		
Оглянуто завідувачем відділенням в першу добу перебування в стаціонарі		
Клінічний діагноз встановлено в перші 3 доби перебування в стаціонарі		
Комплексне лікування почато не пізніше 2 доби перебування в стаціонарі		
У госпіталізованих в плановому порядку		
Комплексне лікування почато в першу добу перебування в стаціонарі		
Хірургічне втручання проведено:		

<ul style="list-style-type: none"> - в першу добу; - на другу добу; - на третю добу; - пізніше 3 доби. 		
Обґрунтованість перебування в стаціонарі		
Загальна кількість днів проведених в стаціонарі планово госпіталізованими пацієнтами до початку комплексного лікування.		
Загальна кількість днів проведених в стаціонарі планово госпіталізованими пацієнтами до проведення хірургічного втручання.		
Виписка із стаціонару на визначену добу після стабілізації стану: <ul style="list-style-type: none"> - в першу добу; - на другу добу; - на третю добу; - на четверту добу; - на п'яту добу; - пізніше 5 доби. 		
Загальна кількість днів проведених в стаціонарі не обґрунтовано		
Загальна вартість одного ліжка-дня, грн		
Затрати на фінансування не обґрунтовано проведених в стаціонарі пацієнтами ліжка-днів, тис. грн		

<i>Відповідність діагностичної допомоги Клінічним протоколам</i>		
За терміном проведення		
– відповідає		
– не відповідає		
За обсягом проведення		
– відповідає		
– не відповідає		
<i>Відповідність лікувальної допомоги Клінічним протоколам</i>		
За терміном проведення		
– відповідає		
– не відповідає		
За обсягом проведення		
– відповідає		
– не відповідає		

Проводиться детальний аналіз виявлених недоліків та розробляється план їх усунення.

Список літератури

Васянович І. А. Розробка клінічних індикаторів процесу медичної допомоги (огляд літератури) / І. А. Васянович // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 113–116.

Воронцов М.М., Чепурненко Н.В. Аналіз якості и ефективності здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ. – М., 1986. – 77 с.

Дудіна О. О. Впровадження клінічних протоколів в діяльність закладів охорони здоров'я матері та дитини / О. О. Дудіна, О. А. Валієв // Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати : Всеукр. наук.-практ. конф. / МОЗ України, ДУС, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, ДУ «УІСД МОЗ України», 22 жовтня 2010 р. : тези доп. – К., 2010. – С. 36–37.

Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / В.М. Лехан, О.Л. Зюков // Главный врач – 2008. – №6. – С.65–68.

Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблеми якості в охороні здоров'я: монографія. Кам'янець-Подільський. Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.

Огнєв В.А. Аспекти оптимізації управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом / В.А. Огнєв, Л.І. Чумак, Н.М. Федак // Медицина сьогодні і завтра. – 2012. – №1. – С. 23 – 27.

Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / Н. Рахманова, Н. Нармухамедова. – Ташкент, 2007. – 148 с.
– К., 2014. – 28 с.

Росс Гр. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс, В. Е. Багдарасян, В. М. Богомаз та [ін.] – К., 2009. – 44 с.

Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – С. 86-95.

Сміянов В.А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 11-18.

Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я / В.А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – №2. – С.113-117.

Степаненко А.В. Управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації)/ Степаненко А.В., Яценко Ю.Б., Сміянов В.А., Тарасенко С.В.

Ovretveit J. Каковы преимущества и недостатки различных средств обеспечения качества и безопасности медицинской помощи? What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? / J. Ovretveit – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2005. – 34 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/Document/E87577.pdf>.

Буори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология.. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ., 1985. – 179 с.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank memorial Fund quarterly*,44:166-206 (1966).

Наклад – 100 примірників